Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Stoeckel)

Zur Frage der Spätrezidive

(Bericht über das einschlägige Krankengut der Universitäts-Frauenklinik Berlin von 1926—1936)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des

Medizinischen Doktorgrades

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

vorgelegt von

Konstanze Würzburg-Meiners

aus Berlin

Tag der Promotion: 8. 3. 1939

Druck: Karl u. Richard Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Siebeck
Referent: Prof. Dr. Caffier
Korreferent: Geh.-Rat. Prof. Dr. Stoeckel

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Zur Frage der Spätrezidive

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548011_0057

Auf dem Heidelberger Gynäkologenkongreß im Jahre 1923 machte Winter für die Erfassung des Karzinommaterials neue Vorschläge, die von den Anwesenden angenommen wurden. Unter Punkt 4 stellte er den Grundsatz auf: „als geheilt wird ein Fall bezeichnet, der 5 Jahre nach Abschluß der Behandlung keinerlei Zeichen von Carzinom aufweist".

Die Statistiken und Erfahrungen zeigen, daß diese Behauptung richtig ist. Die Rezidivtodesfälle treten am häufigsten im 1., 2. und 3. Jahre nach der Operation auf. Nach der Statistik von Fritsch zeigten sich Rezidive in 96,98 %, von Henkel in 91,8 %, von Weibel in 93.8 % innerhalb der ersten 5 Jahre nach der Operation. Kamniker behauptet in seiner Arbeit über Behandlungsergebnisse und Dauerheilungen beim Collum-Carcinom, daß er nach 2 Jahren das Ergebnis der 5jährigen Beobachtung mit Sicherheit voraussagen kann. Nicht ganz soweit geht E. Philipp in seiner Statistik der Collum- und Scheiden-Carcinome. Er meint, daß nach 3 Jahren das Schicksal der behandelten Frauen entschieden ist, allerdings kommen auch Ausnahmen vor.

Fälle, die noch jenseits der 5-Jahresgrenze rezidivieren, bezeichnen wir als Spätrezidive; ihr Vorkommen wird von allen Autoren anerkannt.

Kamniker berichtet z. B. von einem Spätrezidiv nach Carcinoma colli, das 10 Jahre nach der Exstirpation aufgetreten ist. M. Penkert gibt 2 Fälle an; bei dem einen ist das Rezidiv 9 Jahre, bei dem anderen 18 Jahre nach der ersten Behandlung aufgetreten. Doederlein berichtet von einem Fall, bei dem 20 Jahre nach der operativen Entfernung eines Collumcarcinoms in der Scheidennarbe sich ein Rezidiv gezeigt hatte. Weiter berichtet Pawlik von einem Rezidiv nach 6, Fränkel nach 8, Blau nach 10 Jahren und E. Philipp in seiner schon oben erwähnten Statistik von 2 Spätrezidiven, deren rezidivfreie Zeit 8 und 9 Jahre beträgt.

Alle oben angeführten Autoren haben diese Spätrezidive veröffentlicht, weil sie sie als Sonderfälle angesehen haben und weil sie mit ihnen das Vorhandensein von Spätrezidiven beweisen wollen.

Ich will nun nicht einige Sonderfälle beschreiben, sondern habe die Aufgabe übernommen, die Häufigkeit der Spätrezidive festzustellen. Zu diesem Zweck habe ich das reichhaltige Carcinommaterial der Universitäts-Frauenklinik von 1926—1936 durchgesehen und fand dabei 22 Spätrezidive.

In meiner nun folgenden Beschreibung habe ich eine Einteilung der Fälle nach ihrer Primärgeschwulst vorgenommen. Die erste Gruppe umfaßt 2 Spätrezidive nach Vaginal-Carcinom. (Der Uebersichtlichkeit halber numeriere ich fortlaufend, die Fälle tragen die Nr. 1 und 2).

Fall Nr. 1. C 40/84.

Bei der 75jährigen Patientin A. H. wurde im Jahre 1924 ein Ca vaginae festgestellt.

Der Untersuchungsbefund war folgender: „Vulvaschleimhaut glatt, atrophisch. Vagina mittelweit, verengt sich nach oben so sehr, daß die Portio nicht sichtbar wird. An der Vorderwand der rechten Scheide und auf der linken Seite sind einige harte Platten zu fühlen, daneben mehrere mit dünnem Stiel aufsitzende Knoten. Die Hinterwand ist frei. Die Portio nur zu fühlen, anscheinend auch frei, desgleichen die Inguinaldrüsen".

Wegen des eindeutigen Befundes wurde auf eine histologische Untersuchung verzichtet. Wegen des hohen Alters und eines gleichzeitig bestehenden Diabetes wurde die Patientin nicht operiert, sondern mit Radium behandelt. Der Entlassungsbefund lautete: „Scheide beginnt zu verkleben. Von Ca nichts mehr zu sehen und zu fühlen. Die ganze Scheide ist hochgradig gerötet". Patientin wurde bis 1932 bei allen Kontrolluntersuchungen rezidivfrei befunden.

1933 suchte sie die Klinik wegen allgemeiner Schwäche und Gewichtsabnahme auf. Dazu belästigte sie ein deutlich palpabler Tumor, der auf den Magen drückte. Die äußere Untersuchung ergab eine starke Venenzeichnung auf den Bauchdecken, ausgesprochene Flankendämpfung war nicht vorhanden. Im Bauchraum war ein, mehr nach der rechten Seite zu gelegener, ziemlich beweglicher Tumor deutlich palpabel. Im Speculum sah man reichliche Gefäßzeichnung. Rectal fühlte man deutlicher als vaginal eine sich von oben her in das kleine Becken vorwölbende derbe, prall elastische Resistenz, von der man nicht genau sagen kann, ob sie mit dem durch die Bauchdecken zu fühlenden Tumor in Zusammenhang steht.".

Patientin erhielt eine Fernfeldbestrahlung. Wegen des hohen Alters war die Therapie natürlich sehr beschränkt. Patientin wurde nach Haus entlassen, suchte aber nach einiger Zeit wegen Kreuzschmerzen, Atemnot und Oedemen in den Beinen erneut ein Krankenhaus auf. Hier kam sie zum Exitus. Leider wurde eine Sektion nicht gemacht.

Fall Nr. 2. C 31/125.

Aus der Familienanamnese der 53jährigen Patientin M. W. ist bemerkenswert, daß ihr Bruder und ihre Tochter an Tuberkulose gestorben sind. Patientin selbst ist vor 15 Jahren (1912) wegen Scheiden- und Gebärmuttervorfall operiert worden.

1927 suchte sie die Klinik auf, weil sie gelben, übelriechenden Ausfluß bemerkt hatte. Hier wurde folgender Befund erhoben: „Scheide trichterförmig nach hinten verengt. Vor der Scheidenwand ist in der Mitte einer derben Narbenplatte eine etwa fünfmarkstückgroße Ulceration mit harten Rändern zu fühlen". Die histologische Untersuchung ergab: Plattenepithel-Ca. in der Narbe nach früherer Interposition. Patientin wurde mit Radium behandelt, 52 mg R. E. für 36 Std. und 52 Mg R. E. für 48 Stunden und erhielt Röntgentiefenbestrahlung. Der Entlassungsbefund besagte, daß keinerlei Infiltrationen mehr vorhanden waren.

6 Jahre lang erwies sich Patientin als völlig rezidivfrei. Erst 1933 fand sich gelegentlich einer Kontrolluntersuchung ein Rezidiv in der Scheidennarbe. Eine histologische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. Patientin wurde erneut mit Röntgen bestrahlt.

Eine weitere Beobachtung der Patientin war leider nicht möglich, da sie ins Ausland verzog.

Epikrise. Die Prognose des Vaginalcarcinoms wird in der Literatur allgemein mit schlecht bezeichnet. Die Ursache liegt in den anatomischen Verhältnissen. Der Einbruch in die Nachbarorgane erfolgt sehr schnell. Deshalb wird die Radikaloperation als die beste Therapie angesehen, während die Radium- und Röntgentherapie nur wenig Erfolg hat. Hiernach müßte man annehmen, daß die Spätrezidive vor allem radikaloperierte Fälle wären. Interessant aber ist, daß die beiden oben angeführten Fälle nicht operiert, sondern mit Radium und Röntgen behandelt worden sind.

Die nun folgende Gruppe ist die zahlenmäßig stärkste und umfaßt 10 Spätrezidive nach Collum-Carcinom.
(Nr. 3 bis Nr. 12.)

Fall Nr. 3. C: 26/221.

Aus der Anamnese der 42jährigen Patientin B. P. ist zu bemerken, daß sie 3 Spontangeburten durchgemacht hat, die letzte 1916. Seit dieser Zeit war die Menstruation unregelmäßig bis sie 1923 völlig aussetzte. Ein Jahr darauf, 1924, bemerkte Patientin eitrigen Ausfluß und suchte deshalb einen Arzt auf, der sie ins Urbankrankenhaus überwies. Bei der gynäkologischen Untersuchung ergab sich folgender Befund: „Die Vulva war völlig frei. Die Vagina war mittelweit, etwas eitriger Ausfluß sichtbar. Die Portio fühlte sich hart an, an ihrer vorderen Lippe, weniger an der hinteren, ist sie erodiert und blutet bei Berührung. Die Oberfläche der Erosion ist samtartig. Der Cervicalkanal ist etwas erweitert. Die Neubildung ist hart. Mit der Curette lassen sich bröcklige Massen nicht entfernen. Selbst mit der Schere hat man Schwierigkeiten, das Gewebe zu durchtrennen. Der Uterus ist retroflektiert, ein wenig fixiert". Nach dem die Diagnose auf Collum-Carcinom (histologisch: Plattenepithelcarcinom geringer Reife) gestellt war, wurde Patientin zur Behandlung in die hiesige Klinik überwiesen. Hier konnte die Diagnose bestätigt werden. Es wurde eine Radikaloperation nach Wertheim vorgenommen. Patientin konnte als gebessert entlassen werden und außer starken Ausfallerscheinungen konnte bei den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen Wohlbefinden und Rezidivfreiheit festgestellt werden. Erst 1930, also 6 Jahre nach der Operation fand sich ein Rezidiv in der Scheidennarbe. Die Krankengeschichte lautet wörtlich: „Rezidiv in der Scheidennarbe, Vagina glatt, am oberen Ende befindet sich eine kleine, für die Fingerkuppe eingängige Höhle. Rectal: Narben in beiden Parametrien fühlbar. Patientin erhält eine Radium-Einlage (1 x 26 mg RE. in 2 mm Messing für 24 Stunden). Das Allgemeinbefinden der Patientin verschlechterte sich erheblich, sodaß sie zu weiteren Kontrolluntersuchungen in der Klinik nicht erschien. 2 Jahre später, am 3. Mai 1932 verschied sie im Krankenhaus Neukölln. Von hier erhielt die Stoeckelsche Klinik folgenden Bericht: „Patientin ist ad exitum gekommen unter den Erscheinungen einer Urämie." Sektionsbericht: „Ca-Metastasen in beiden Parametrien, die eine Striktur beider Ureteren bewirkten. Ca-Rezidiv im Bereich der oberen Vagina und des Scheidengewölbes. Narbige Vorziehung der Ureteren. Pyonephrose rechts".

Fall Nr. 4. C. 33/621.

Aus der Familienanamnese der 51jährigen Patientin R. M. ist bemerkenswert, daß ihr Vater an Lippenkrebs gestorben ist.

Sie selbst hatte keine Geburten durchgemacht. Ihre Menstruation war stets regelmäßig gewesen, die letzte vor 6 Jahren. 1923 suchte sie die Klinik von Professor Straßmann auf, weil sie seit 2 Jahren blutigen Ausfluß bemerkt hatte. Aus den Aufzeichnungen der Klinik geht folgendes hervor: Patientin befindet sich in mittlerem Ernährungszustand. Sie wiegt 95 kg. Patientin wird in Narkose untersucht: Es besteht ein Geschwür an der Portio, das auf die Scheide übergeht. Aus dem Cervicalkanal kommen von rechts nekrotische Massen. Das Bindege-

webe links ist verkürzt und geschwollen. Eine vaginale Operation genügt nicht, eine abdominale ist wenig aussichtsvoll und wegen der Adipositas gefährlich". Der mikroskopische Befund des Präparates ergibt eindeutiges Carcinom. Die Patientin erhielt 1905 mgst Radium Element und Röntgennachbestrahlung. 1929, also 6 Jahre nach der Radium-Behandlung, suchte Patientin die Stoeckelsche Klinik auf, weil sie seit etwa 9 Wochen über blutigen Ausfluß und Schmerzen im Unterleib klagte. Dazu gesellten sich Gewichtsverlust und Appetitlosigkeit.

Bei der gynäkologischen Untersuchung fand sich eine etwa halbfingerlange Vagina, die trichterförmig endete. Im rechten Parametrium war eine knotige Infiltration fühlbar. Von der damaligen Bestrahlung zeigte die Haut weder Pigmentationen noch Teleangiektasien. Deshalb, nach der langen inzwischen verstrichenen Zeit, abermalige Röntgenbestrahlung und Radium-Einlage. (858 mgh. R. E.) Patientin hat beides gut vertragen.

Doch schon bei der ersten Kontrolluntersuchung, am 19. 12. 1929 fand sich nicht nur im rechten Parametrium, sondern auch im linken eine tumorartige Resistenz. Dazu fanden sich im linken Unterbauch mehrere knotige, schmerzhafte Infiltrate.

Dieser Befund besserte sich in den kommenden 3 Monaten:

„2. 3. 1930. Vagina glatt, stenosiert. Rectal: beide Parametrien fast frei. Guter Körperzustand. Gutes Aussehen.

28. 7. 30. Blasses Aussehen, Appetitlosigkeit.. Vaginal: wenig Ausfluß. Rectal: linke Parametrium infiltriert. Hartbestrahlung vorgeschlagen. Allgemeinzustand der Patientin so schlecht, daß die vorgeschlagene Bestrahlung nicht ausgeführt wird".

5 Monate darauf verstarb die Patientin im Privathaushalt, daher erfolgte keine Sektion.

Fall Nr. 5. C. 33/25.

Die 32-jährige Patientin H. S. suchte 1928 die hiesige Klinik auf, weil sie seit einiger Zeit stark riechenden, gelben Fluor bemerkt hatte. Aus der Anamnese der Patientin ist zu bemerken, daß sie 2 Geburten und 2 Aborte durchgemacht und vor 3 Jahren eine Adnexitis gehabt hat. Wegen der jetzt geäußerten Beschwerden wurde eine Probeexcision gemacht, deren histologische Untersuchung ergab: Plattenepithel-Carcinom. Patientin erhielt eine Radiumvorbestrahlung (3168 mgh R. E.) und 6 Wochen später wurde dann eine vaginale Radikal-Operation ohne Adnexe gemacht. Patientin blieb in ständiger Kontrolle der Klinik. Der Allgemeinzustand war gut. Es erfolgte keine Gewichtsabnahme.

1934, 6 Jahre nach der Operation, klagte Patientin über ischiasartige Schmerzen und Schwellung an der Innenseite des linken Oberschenkels. Zudem stellte sich jetzt eine erhebliche Gewichtsabname ein. Die gynäkologische Untersuchung ergab einen linksseitigen, hochsitzenden, fast faustgroßen Tumor, den der Untersuchende als Rezidiv deutete. Patientin erhielt 2 Röntgenfernfeldbestrahlungen. Schmerzen und Schwel-

lung verschwanden. Der Tumor war bei der Kontrolluntersuchung 1935 nicht mehr zu fühlen. Allgemeinzustand war gebessert. Es besteht jetzt eine geringe Gewichtszunahme.

1936: Zustand unverändert.

Fall Nr. 6. C 30/248.

Die 44jährige Patientin G., deren Mutter an Brustkrebs gestorben ist, suchte 1927 die Klinik auf, weil sie wie ihre Vorgängerinnen, stark riechenden gelben Ausfluß, der zeitweilig mit Blut untermischt war, bemerkt hatte.

Die vaginale Untersuchung zeigte nun, daß beide Muttermundslippen von bröckligen Tumormassen besetzt und zum Teil zerfallen waren. Die Wucherungen setzten sich vorn rechts und hinten auf die Scheidengewölbe fort. Die rectale Untersuchung ergab eine Verkürzung des rechten Parametriums, das linke war ebenfalls verkürzt und infiltriert.

Patientin wurde nicht operiert, sondern kombiniert mit Radium (5088 mgh R. E.) und Röntgenstrahlen behandelt. In der Folgezeit, in der sich die Patientin immer wieder in der Klinik vorstellte, besserte sich ihr Allgemeinzustand erheblich, sie erhielt ihr Gewicht, zeigte gutes Aussehen und konnte stets rezidivfrei befunden werden. 1934, 7 Jahre nach der ersten Behandlung zeigte sich bei der vaginalen Untersuchung eine knollig, harte Resistenz neben dem atrophierten Uterus. Es bestand eine geringe Gewichtsabnahme, der Allgemeinzustand war aber unverändert. Eine histologische Untersuchung war bei diesem Befund natürlich nicht möglich. Patientin wurde erneut mit Röntgenstrahlen behandelt.

Sie zeigte sich in den kommenden 2 Jahren, 1935 und 1936, rezidivfrei.

Fall Nr. 7. C. 43/88.

Die 44jährige Patientin E. M. wurde im Jahre 1929 wegen eines Collum-Carcinoms in einer auswärtigen Klinik operiert. Ueber ein genaues pathologisch-anatomisches Untersuchungsergebnis des Operationspräparates konnten wir nichts erfahren, aber daß die Patientin anschließend röntgenbestrahlt worden ist, spricht für die Malignität des abgelaufenen Prozesses.

1936 suchte sie wegen starker Schwellung des linken Oberschenkels die hiesige Klinik auf.

Die gynäkologische Untersuchung ergab folgenden Befund: „Vagina mittelweit und mittellang. Im Bereich des linken Parametriums ein Tumor von etwa Kindskopfgröße, welcher zur Kompression der Beckengefäße geführt und so das starke Oedem des linken Beines verursacht, zudem auch Scheide und Rectum von links vorgewölbt hat.

Es wurde eine Röntgenbestrahlung nach Coutard vorgenommen und der Patientin 15mal 200 r auf je Bauch und Rücken bei 60 cm Fok. Haut-Abstand appliziert. Das Oedem ging im Verlauf der Bestrahlung etwas zurück. Dafür fand sich aber an der hinteren Vaginalwand, etwa 1 Querfinger hinter der hinteren Kommissur ein knapp haselnußgroßer

Rezidivknoten. Doch wegen der Größe des anderen Rezidivs war es überflüssig, das Scheidenrezidiv zu behandeln.

Patientin kam noch in demselben Jahr außerhalb der Klinik ad exitum.

Fall Nr. 8. Ca. 1917/138..

Bei der 56jährigen Patientin M. S. war im Jahre 1917 folgender Befund zu erheben: Magere Patientin. Gewicht 115 Pfund. In beiden Leistenbeugen viele bis linsengroße Drüsen. Das hintere Drittel der Scheide ist mit bröckligen Tumormassen besetzt, sodaß bis zur Portio nicht durchzufühlen ist. Der Uterus befindet sich offenbar in Mittelstellung. Rechts sehr derbe Infiltrate des paravaginalen Gewebes und der Parametrien bis zu den Knochen. Patientin wurde 3mal mit Radium behandelt und erhielt 5640 mgh R. E.

Bei den regelmäßigen Nachuntersuchungen konnte bis 1927 völlige Rezidivfreiheit und Wohlbefinden festgestellt werden. Erst jetzt, also 10 Jahre nach der ersten Behandlung, bemerkte Patientin wieder Schmerzen im Unterleib und blutigen Ausfluß, Abmagerung und Schlaflosigkeit. Zeitweise Schmerzen beim Wasserlassen.

Bei der gynäkologischen Untersuchung fand sich in der Tiefe des fingerlangen, schmalen Vaginaltrichters ein bohnengroßes polypöses Ulcus, dessen Umgebung relativ weich ist. In der Nachbarschaft des Trichterendes derbes, schwartenartiges, paravaginales Gewebe.

Patient erhielt erneut Radium, 1560 mgh R. E.

Doch der Allgemeinzustand der Patientin verschlechterte sich derart, daß sie noch in demselben Jahr ad exitum kam.

Fall Nr. 9. Ca 1920/382.

Bei der 55jährigen Patientin M. Z., die im Jahre 1920 die hiesige Klinik aufsuchte, war folgender Befund zu erheben: Abdomen weich, gut eindrückbar. Scheide weit, mit viel flüssigem, altem Blut gefüllt. An Stelle der Portio fühlt man einen kleinen, mit bröckligen Massen ausgekleideten Krater, der bei Berührung leicht und stark blutet. Auf der hinteren Scheidenwand greift das Carcinom über und bildet da etwa 2—3 cm von dem Cervicalkanal entfernt, eine haselnußgroße, papilläre, leicht blutende Hervorragung, die der hinteren Scheidenwand breit aufsitzt. Der Uterus befindet sich in Mittelstellung, ist beweglich. Adnexe sind frei. Rectal ist von dem auf die Scheide übergreifenden Carcinom nichts mehr zu fühlen".

Die mikroskopische Untersuchung ergab: Ca alveolare sol. mittlerer Reife, wenig Lipoid.

Patientin erhielt 2460 mgh R. E. (41 mg für 60 Std.). Der Entlassungsbefund lautete: „An Stelle des Carcinoms befindet sich an der hinteren Scheidenwand nur eine erodierte Stelle, darunter im Septum Recto-Vaginale eine umschriebene derbe Infiltration, besonders gut rectal zu fühlen. Portio ebenfalls glatt, kaum noch Ausfluß". Patientin erwies sich in den kommenden 9 Jahren als völlig rezidivfrei.

Am 7. 8. 1929 trat plötzlich eine starke Blutung auf, die aber nur einen Tag anhielt. Da Patientin in der Folgezeit erhebliche Gewichtsabnahme bemerkte, suchte sie die Klinik auf. Hier fand man bei der gynäkologischen Untersuchung im Scheidenende, in einem narbig verzogenen Trichter eine Erosion, deren Umgebung diffuse Verdickung und derbe Infiltration zeigte. Rectal fühlte man in der Mitte des Rectums einen unverschieblich derben, höckerigen Tumor von Kleinapfelgröße.

Patientin lehnte eine Behandlung ab.

Weitere Nachforschungen haben ergeben, daß die Patientin im Jahre 1931 unter der Diagnose Krebskachexie gestorben ist.

Fall Nr. 10. C 30/112.

Die 32jährige Patientin A. K. suchte 1927 wegen unregelmäßiger Blutungen die Klinik auf. Bei der vaginalen Untersuchung war folgender Befund zu erheben: Vulva o. B. Vagina mittelweit. Ein großer flacher Portiokrater greift vorn in ganzer Breite auf die Vagina über. Der Uterus ist retroflektiert, aber nicht vergrößert. Beim Auslöffeln brach der Löffel überall durch das morsche Gewebe durch. Es wurde deshalb von einer Operation Abstand genommen. Dafür aber wurde mit Radium behandelt. (92 mg R. E. für 36 Stunden und ein zweites Mal 52 mg R. E. für 48 Stunden, = 5808 mgh R. E.).

Der Bericht nach der Behandlung lautete: „Scheide endete in einem kirschgroßen harten Knoten, von dem nach allen Seiten narbige Gewebe auf die Scheidengewölbe übergreifen. Der Allgemeinzustand der Patientin besserte sich erheblich und der Befund änderte sich bis 1933, also 6 Jahre lang nicht. Jetzt aber fand sich bei der Kontrolluntersuchung eine Infiltration in beiden Parametrien, zudem bestanden Schmerzen in der Leistengegend und in den Oberschenkeln. Da jegliche Zeichen für entzündliche Veränderungen fehlten, wurde dieser Befund als Rezidiv angesehen. Patientin wurde bestrahlt, worauf die Infiltration links völlig zurückging, laut Untersuchungsbericht vom 26. 7. 1933.

Die weiteren Kontrolluntersuchungen ergaben bis 1936 keinerlei Veränderungen.

Fall Nr. 11. Ca 11/275.

Im Jahre 1924 suchte die 45jährige Patientin H. K. wegen Schmerzen im Unterleib die hiesige Klinik auf. Es wurde folgender Befund erhoben: „Vulva o. B. Vagina mittelweit. Scheidengewölbe verstrichen. Portio klein, angezogen, vordere und hintere Lippe ulceriert, höckerig, bei Berührung blutend. Uterus ist nicht sicher durchzutasten, läßt sich 6 cm sondieren. Die Douglasbänder, sowie beide Parametrien sind bei rectaler Untersuchung sehr schmerzhaft und infiltriert." Die mikroskopische Untersuchung ergab eindeutig: Carcinom.

Patientin wurde mit Radium behandelt, sie erhielt 3976 mgh R. E. Bei der Entlassung war von Carcinom nichts mehr zu sehen und zu fühlen.

Patientin war bis 1931 immer rezidiv- und beschwerdefrei. 1931 suchte sie erneut wegen Schmerzen im linken Unterleib die Klinik auf. Bei der äußeren Untersuchung war ein Tumor nicht palpabel. Die Magen- und Darmuntersuchung ergab keinen pathologischen Befund. Bei der gynäkologischen Untersuchung fühlte man links neben dem Uterus eine offenbar parametrane bis zur Beckenwand reichende Infiltration, mit der die Därme und die Nachbarorgane verwachsen sind. Auf der röntgenologischen Beckenaufnahme zeigten sich mehrere Tumoren, besonders ein Knollen links, im Gebiet der Beckenschaufel. Diagnose: Ovarialcarcinom. Wegen der allgemeinen Schwäche der Patientin konnte die beabsichtigte Röntgenbestrahlung nicht ausgeführt werden. Wenige Monate später verstarb die Patientin unter der Diagnose Krebskachexie.

Fall Nr. 12. C. 37/425..

Die 45jährige Patientin H. K. suchte 1924 die hiesige Klinik auf, weil sie in der letzten Zeit eitrig-blutigen Ausfluß bemerkt hatte. Die gynäkologische Untersuchung ergab folgenden Befund: „Vulva o. B., Vagina mittelweit, Scheidengewölbe verstrichen. Portio klein, angezogen, hart. Vordere und hintere Lippe ulceriert, höckerig, bei Berührung blutend. Die Ulceration geht ringsherum bis an die Scheide heran. Der Uterus ist nicht sicher durchzutasten, läßt sich 6 cm sondieren. Die Ligatura sacro-uterina, sowie beide Parametrien sind bei rectaler Untersuchung sehr schmerzhaft und infiltriert". Das histologische Resultat der Probeexcision ergab: Plattenepithel-Carcinom, Scirrhus. Die Patientin wurde mit Radium behandelt. Die im ganzen applizierte Radiumdosis betrug 3976 mgh R. E. Bei der Entlassung war von Carcinom nichts mehr zu sehen.

Patientin kam regelmäßig zu den Nachuntersuchungen. Sie war bis 1931 stets rezidiv- und beschwerdefrei. Erst 1931, also 7 Jahre nach der Behandlung, klagte sie über heftige Schmerzen im Unterbauch und Darm. Von außen war kein Tumor palpabel. Die Magen- und Darmuntersuchung ergab keinen Befund. Bei der gynäkologischen Untersuchung fand sich eine völlig verklebte Scheide, der Uterus war nicht durchzutasten. Man fühlte links neben dem Uterus eine offenbar parametrane bis zur Deckenwand reichende Infiltration, mit der die Därme und die Nachbarorgane verwachsen sind. Auf einer röntgenologischen Beckenaufnahme zeigten sich mehrere Tumoren, besonders ein Knollen links im Gebiet der Beckenschaufel.

Aus diesen Befunden ergab sich die Diagnose: Rezidiv eines Collum-Carcinoms nach 8 Jahren. Von der vorgesehenen Röntgenbestrahlung wurde wegen der allgemeinen Schwäche der Patientin abgesehen. Sie kam noch in demselben Jahr ad exitum. Da sie im Privathaus verstarb, fand keine Sektion statt.

Epikrise. Daß das Collum-Carcinom die meisten Spätrezidive aufweist, nimmt nicht wunder, denn es ist auch am stärksten vertreten in der Gesamtzahl der Carci-

nomfälle an der Stoeckelschen Klinik. Dazu ist die Metastasierungs- und Rezidivierungstendenz gerade beim Collum-Carcinom sehr stark. Das erklärt sich wie beim Vaginalcarcinom aus den anatomischen Verhältnissen. Schon bei verhältnismäßig geringer lokaler Ausbreitung des Carcinoms werden die zahlreichen Lymphbahnen, die in die Parametrien, in die Scheide usw. führen, bald befallen, weil zwischen ihnen und dem Carcinom sich keine dicken Muskelschichten befinden, wie es z. B. im Corpus uteri der Fall ist. Mit dieser schnellen Ueberschreitung der Grenzen erkläre ich mir die verhältnismäßig schlechte Prognose des Collum-Carcinoms. Für die Richtigkeit dieser Ansicht spricht auch die große Zahl von Spätrezidiven, denn würde die vermehrte Ausbreitung durch schnelleres Wachstum hervorgerufen sein, dann müßte es nur ganz selten Collumspätrezidive geben.

Die Stoeckelsche Klinik steht auf dem Standpunkt, daß beim Collum-Carcinom die Adnexe meist nicht ergriffen werden, dagegen, wie schon oben erwähnt, ausgiebig die Parametrien und später die iliakalen Lymphdrüsen. Deshalb auch die Operationstaktik — die Adnexe zu belassen, oder die Parametrien mit zu entfernen (vaginale Radikaloperation). Alle 9 Fälle sind beinahe ein Beweis für die Richtigkeit dieser Taktik, denn die Adnexe sind keinmal betroffen, während die Parametrien 7mal betroffen sind. Das Wort „beinahe" muß dazu gesetzt werden, weil die Kontrollmöglichkeit der Befunde nicht gegeben ist. Dagegen findet die Behauptung von E. Philipp, daß die Metastasierung des Portiocarcinoms in Knochen genau so geläufig ist wie beim Mamma- und Prostata-Carcinom an dem Material unserer Spätrezidive keine Bestätigung. Denn keinmal wurde über Schmerzen oder Beschwerden geklagt, die den Verdacht auf Knochenmetastasen hervorgerufen hätten.

Die nun folgende Gruppe umfaßt 3 Spätrezidive nach Carcinoma corporis uteri. (Nr. 13—15).

Fall Nr. 13. C 40/392.

Aus der Familienanamnese der Patientin M. L. ist zu bemerken, daß ihr Vater an Oesophagus-Carcinom gestorben ist. Die Patientin selbst, die sich im 58. Lebensjahr befindet, hat im Jahre 1905 einen

Lungenspitzenkatarrh gehabt und 1911 ist eine gutartige Geschwulst vom Muttermund entfernt worden. Seit Ostern 1927 fühlte sie eine Geschwulst rechts im Unterleib, Oktober 1926 und März 1927 hatte die Patientin stärkere Blutungen. Ihre letzte Menses war vor 3 Jahren. Sie suchte wegen der oben geäußerten Beschwerden einen praktischen Arzt auf, der sie ins Rudolf Virchowkrankenhaus überwies. Aus der von dort angeforderten Krankengeschichte konnte ich folgendes ersehen:

Status: Mittelgroße Patientin in gutem Allgemeinzustand. Abdomen aufgetrieben, im Unterbauch mäßige Schmerzempfindlichkeit. Leber und Milz nicht nachweisbar vergrößert.

Gynäkologischer Befund: Leib aufgetrieben. Uterus nicht genau durchzutasten. Portio fühlt sich merkwürdig weich an, leicht blutend. Dicht hinter der Symphyse fühlt man einen derben Tumor (Myom), der mit dem Uterus zusammenhängt, außerdem ein Kystom.

Operationsbefund: Zunächst liegt ein fast mannskopfgroßes Kystom, das fast bis zum Nabel reicht und vom rechten Ovarium ausgeht, vor. Beim Versuch, das Kystom vorzuziehen, platzt dieses und entleert bräunliche, schleimige Flüssigkeit.

Der Uterus ist fast faustgroß und weich und erweckt den Eindruck eines Corpus-Carcinoms. Es wird deshalb beschlossen, die Totalexstirpation anzuschließen.

Pathologisch-anatomisches Ergebnis: Doppelfaustgroßer Uterus, im Corpus ein gänseeigroßer stark zerfallener Tumor mit polypösem, bis in die Portio herabhängenden Fortsatz.

Histologisch: Adenoma malignum.

Die überfaustgroße Ovarialcyste enthält in ihrer Wand Metastasen.

Der postoperative Verlauf wurde durch das Auftreten einer Venenthrombose im linken Bein etwas verzögert

Patientin wurde nach Röntgentiefenbestrahlung entlassen. Soweit die Krankengeschichte des Rudolf Virchow-Krankenhauses.

7 Jahre später, 1934, bemerkte die Patientin in der Operationsnarbe einen kleinen Tumor. Sie suchte deshalb die hiesige Klinik auf. Hier fand man einen knapp hühnereigroßen Tumor in der Laparatomiewunde der Bauchdecken, 2 cm unterhalb des Nabels. Die gynäkologische Untersuchung ergab einen völlig glatten Scheidengrund. Das histologische Resultat der Probeexcision lautete: Ca adenomatosum metastaticum. Da die Patientin eine Operation ablehnte, erhielt sie eine erneute Röntgenbestrahlung und Radium (3420 mgh Std. R. E.) Die Nachuntersuchungen in den kommenden 2 Jahren,. 1935 und 1936 ergaben völlige Rezidiv- und Beschwerdefreiheit.

Ein weiterer Fall mit einem 7jährigen rezidivfreien Intervall ist folgender:

Fall Nr. 14. C 30/190.

Bei der 54jährigen Patientin E. K. wurde wegen starker Blutungen im Jahre 1921 eine Curettage gemacht, die aber keinen pathologischen Befund ergab.

Seit Herbst 1926 verstärkten sich die Blutungen wieder erheblich und traten sehr häufig auf. Patientin kam deshalb im Juli 1927 zur hiesigen Klinik. Die gynäkologische Untersuchung ergab folgendes: „Vulva o. B. Vagina mittelweit. Uterus retroflektiert. Linke Adnexe sind druckempfindlich. Rechte Adnexe o. B. Parametrien frei".. Es wurde eine Probecurettage gemacht, deren histologische Untersuchung ergab: „Ca adenomatosum corporis". Patientin wurde operiert: Vaginale Totalexstirpation cum adnexe dupl. und Röntgenbestrahlung. Die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen zeigten in den kommenden 6 Jahren daß Patientin völlig rezidivfrei war. 1934, im 7. Jahr nach der Operation, klagte Patientin über Schmerzen besonders im linken Unterleib und in der linken Leistenbeuge und über Gewichtsabnahme. Die gynäkologische Untersuchung bestätigte den Verdacht des Rezidivs: „Hühnereigroßer Tumor von derb-höckriger Konsistenz im linken Parametrium. Die linken Leistendrüsen erheblich geschwollen". Patientin wurde erneut röntgenbestrahlt. Die Kontrolluntersuchung 4 Wochen später fand nur noch eine derbe, fast knochenharte Infiltration im linken Parametrium, das an die Beckenwand fixiert war. Dieser Befund zeigte keinerlei Veränderungen bis 1936.

Fall Nr. 15. Ca 30/120.

Die 65jährige Patientin T. W. bemerkte im Jahre 1920 eitrigen Ausfluß und Blutabgang und suchte deshalb die hiesige Klinik auf. Hier ergab sich folgender Befund: „Mittelgroße Patientin in gutem Ernährungszustand. Abdomen weich, gut eindrückbar. Scheide weit, enthält etwas gelbliches, zähes Sekret. Portio klein. Uterus nicht wesentlich vergrößert, hart, retroflektiert. Beide Parametrien weich". Es wurde eine Probecurettage gemacht, deren histologisches Resultat: „Ca alveolare" war. Patientin wurde mit Radium behandelt (2496 mgh R. E. *im* Goldhalter für 48 Stunden). Der Entlassungsbefund lautete: Es besteht nur noch mäßige Absonderung. Uterus im ganzen etwas weicher, beweglich. Portio leicht erodiert. Scheide o. B.. Bis 1927 war Patientin rezidivfrei. Dann wurde eine erneute Curettage gemacht,, weil Patientin über Blutungen klagte. Die histologische Untersuchung ergab dasselbe Resultat wie im Jahre 1920. Sie wurde erneut mit Radium behandelt und zeigte sich bis 1936 vaginal und rectal recidivfrei.

Epikrise: Auf Grund der histologischen Untersuchungen der Primär- wie auch der Rezidivgeschwulst sind die Fälle 13 und 15 als Spätrezidive zu bezeichnen. Aber auch der Fall 14 erregt wegen seiner eindeutigen klinischen Symptome als Spätrezidiv keine Zweifel, wenn auch der exakte histologische Beweis fehlt. In den anderen Gruppen finden sich ähnliche Fälle, d. h. also solche, die klinisch als Spätrezidiv bezeichnet und behandelt worden sind, bei denen aber aus verschiedenen Gründen keine histolo-

gische Untersuchung vorgenommen wurde. Um ein klares Bild von der Häufigkeit der Spätrezidive zu bekommen, mußten diese Fälle auch angeführt werden.

Die meisten Autoren sind der Ansicht, daß die häufigste Lokalisation der Corpusrezidive die Ovarien sind. Von Franqué versucht das durch die utero-ovariellen Lymphbahnen, die längs der Tuben verlaufen, zu erklären. Und da ja feststeht, daß das Karzinom den Lymphweg zur Ausbreitung benutzt, ist diese Erklärung sehr einleuchtend. Stoeckel rät deshalb, bei Corpuscarcinomoperationen stets die Ovarien mitzuentfernen. Unter den 3 angeführten Spätrezidiv-Fällen war das 2mal gemacht worden (Fall 13 und 14).

Bei Fall 13 wurde aber schon bei der Operation eine Metastasierung im Ovar gefunden. Was für das Rezidiv gilt, gilt natürlich auch für die Metastasen, denn das Rezidiv ist ja gewissermaßen, sofern es nicht örtlich auftritt, eine spätere Metastase.

Die nun folgende Gruppe der Ovarial-Carcinome umfaßt nur 3 Fälle. (Nr. 16—18).

Fall Nr. 16. Ca 26/727.

Aus der Anamnese der 45jährigen Patientin H. T. ist bemerkenswert, daß die Mutter an Gebärmutterkrebs gestorben ist.

Die Patientin suchte 1924 wegen blutigen Ausflusses eine auswärtige Klinik auf. Es wurde hier die Diagnose auf Carcinoma ovarii gestellt. Patientin wurde laparatomiert und danach mit Röntgenstrahlen behandelt.

Bis 1930, also 6 Jahre, bestand völliges Wohlbefinden, dann zeigte sich erneut blutiger Ausfluß, der die Patientin veranlaßte, die Stoeckelsche Klinik aufzusuchen. Es wurde hier eine Curettage gemacht. Ihre histologische Untersuchung ergab die Diagnose: „Carcinoma adenomatosum metastaticum". Die geplante vaginale Totalexstirpation blieb leider nur ein Versuch. Der Uterus, der bei der bimanuellen Untersuchung beweglich erschien, erwies sich nach Eröffnung der Plica als sehr fest fixiert, besonders um die Portio herum, so daß die Totalexstirpation in ihrer Durchführbarkeit fraglich wurde. Da außerdem die Avertinnarkose durch Herausfließen des Hauptteiles des Avertins versagte, zog man vor, den Uterus zu dilatieren und Radiumträger von 2mal 26 mg Radium, je 24 Stunden einzuführen. Patientin erhielt noch eine zweite Radium-Einlage von insgesamt 1968 mgh und wurde dann entlassen.

1 Jahr später, bei der Nachuntersuchung, entdeckte man im unteren Drittel der Laparatomiewunde einen etwa apfelgroßen flachen Tumor, der nach außen sezernierte. Der Tumor war gut abgrenzbar, aber mit der Haut verwachsen. Es wurde eine Incision vorgenommen, worauf sich bröcklig-markige Massen entleerten. Es blieb eine große Höhle mit glatter Wand zurück. In dieser wurde ein runder Radiumträger eingelegt.

Die histologische Untersuchung des Tumorinhaltes ergab dasselbe Resultat wie 1930.

Die erneute Radiumbehandlung verlief komplikationslos. Patientin kam regelmäßig zur Nachuntersuchung. Sie war bis 1936 rezidivfrei.

Fall Nr. 17. Ca. 34/109..

Bei der 25jährigen Patientin K. W. wurde im Jahre 1922 ein Carcinom ovarii festgestellt. Es wurde an hiesiger Klinik die abdominale Totalexstirpation des Uterus samt den Adnexen vorgenommen und nachbestrahlt. Die pathologisch-anatomische Beschreibung des Operationspräparates lautete: „Beide Ovarien sind eingehüllt in sehr fest anhaftende Massen, die zum Teil papillär, zum Teil membranös sind und etwa $^1/_2$ bis 1 cm Durchmesser haben. Die Ovarien selbst sind scheinbar frei von Tumorgewebe.

Die histologische Untersuchung des Präparates ergab: „Papilloma psammosum carcinom. Ovarii superf.

Patientin blieb in regelmäßiger Kontrolle der Klinik, sie wurde stets rezidivfrei befunden und fühlte sich auch subjektiv völlig gesund. 7 Jahre nach der Operation, 1929, fand sich gelegentlich einer Kontrolluntersuchung ein Rezidiv von Apfelgröße. Die histologische Untersuchung mußte unterbleiben, da der Tumor nicht operativ angegangen wurde. Patientin wurde erneut bestrahlt. Der Tumor veränderte seine Größe nicht. Die Kontrolluntersuchung aus dem Jahre 1935 lautete: „Tumor besteht noch, ist etwas größer geworden. Allgemeinzustand der Patientin ist gut. Wohl aber bestehen leichte ziehende Schmerzen im Kreuz".

Januar 1937: „Zustand unverändert".

Fall Nr. 18. Kli. Jo. Nr. 147/1936.

Bei der 52jährigen Patientin M. W. ist im Jahre 1923 wegen eines Carcinoms ovarii in der hiesigen Klinik eine Totalexstirpation des Uterus mit Adnexen vorgenommen worden. 1935, 12 Jahre später, wurde sie in einer auswärtigen Klinik röntgenbestrahlt.

Am 27. 1. 1937 suchte sie zum zweiten Mal die hiesige Klinik auf. Hier fand man ein etwa kindskopfgroßes Infiltrat an der Beckenwand, das Scheide und Rectum einengte. Der linke Oberschenkel war stark oedematös.

Patientin wurde mit Radium behandelt. (1104 mgh R. E.) Das Infiltrat ging zurück.

Epikrise: Diese 3 Spätrezidive zeigen in Bezug auf Alter wie auf Lokalisation nichts besonders Charakteristisches. Die Erfahrungen und Veröffentlichungen in der Literatur über Spätrezidive fußen meist nur auf wenigen Einzelfällen und genügen noch nicht, um klare Thesen über die Einzelheiten des Spätrezidivs aufzustellen. Wenn in den vorhergehenden Gruppen von typischer oder häufiger Lokalisation eines Spätrezidivs gesprochen wurde, dann waren das Erfahrungen und Ansichten, die an Rezidiven, aber nicht an Spätrezidiven gewonnen waren. Da das Spätrezidiv sich nur durch das zeitliche Auftreten vom Rezidiv unterscheidet, ist die Uebertragung dieser Begriffe angängig. Im allgemeinen metastasieren die Ovarialcarcinome zum Corpus uteri, deshalb wird meist der Uterus, mindestens sein Fundus bei der Operation mit entfernt.

Die letzte Gruppe umfaßt 4 Spätrezidive nach Mamma-Carcinome (Nr. 19—22).

Fall Nr. 19. C. 31/280..

Die 56jährige Patientin A. H. bemerkte im Jahre 1922 einen langsam wachsenden Knoten in der linken Brust. Sie suchte deshalb eine auswärtige Klinik auf. Hier wurde die Diagnose: Mamma-Carcinom gestellt. Noch im gleichen Jahre wurde eine Radikaloperation der linken Brust vorgenommen. Die histologische Untersuchung des Operationspräparates bestätigte die Diagnose: Carcinom.

Bis 1930, also 8 Jahre nach der Operation, fühlte sich die Patientin wohl, hatte während dieser Zeit keine bemerkenswerten Beschwerden gehabt. Jetzt aber plagten sie Schmerzen in beiden Hüftgelenken. Sie wurde auf Ischias behandelt. Die Schmerzen ließen auf der linken Seite nach,, rechts verstärkten sie sich aber so erheblich, daß Patientin nicht mehr aufrecht stehen konnte. Im Jahre 1931 stellte der behandelnde Arzt eine Unterleibsgeschwulst fest und schickte die Patientin in die hiesige Klinik. Hier fand man bei der Allgemeinuntersuchung eine außerordentliche Druckschmerzhaftigkeit über der Lendenwirbelsäule. Eine Röntgenaufnahme zeigte die Ursache: fast völliger Verbrauch der Knochensubstanz des 1. Lendenwirbels. Die gynäkologische Untersuchung ergab folgendes: „Vulva und Vagina o. B. Uterus retroflektiert und fixiert, anscheinend vergrößert. Links vor ihm ein cystischer Tumor von Kleinfaustgröße". Auf Grund beider Befunde wurde die Diagnose auf Rezidive in der Lendenwirbelsäule und im Ovar nach Mamma-Carcinom gestellt. Da der Allgemeinzustand der Patientin so schlecht war, daß man keinerlei therapeutische Eingriffe vornehmen konnte, wurde sie nach Haus entlassen, wo sie noch im selben Jahr verstarb.

Fall Nr. 20. Ca 35/9.

Mancherlei Aehnlichkeiten weist der Krankheitsverlauf der Patientin P. G. auf. Bei der 58jährigen Patientin wurde im Jahre 1920 in einer auswärtigen Klinik ein Mamma-Carcinom festgestellt, sie wurde operiert und erhielt eine Röntgennachbestrahlung.

In der Folgezeit fühlte sie sich wohl. 1928, 8 Jahre nach der Operation verschlechterte sich ihr Allgemeinbefinden erheblich. 1930 litt sie an starkem Husten. Sie suchte deshalb eine innere Klinik auf, die auf Grund einer Röntgenaufnahme und anderer klinischer Untersuchungsmethoden die Diagnose: Tumormetastasen in beiden Hilusdrüsen, stellte. Wegen der Anamnese wurde Patientin in die Stoeckelsche Klinik überwiesen, in der man sich der Diagnose anschloß.

Die Patientin wurde hier mit Röntgen bestrahlt, die Bestrahlung wurde gut vertragen. Die Patientin nahm an Gewicht zu und der Husten ließ nach. Wiederholte klinische und röntgenologische Untersuchungen ergaben außer einer, nur kurze Zeit andauernden Bronchitis, bis 1936 keine pathologischen Befunde.

Fall Nr. 21. Ca 33/397.

Die 57jährige Patientin A. S., die 10 Spontangeburten durchgemacht hatte, suchte 1923 wegen stechender Schmerzen in der linken Brust und Einziehung der Brustwarze einen Arzt auf. Es wurde noch im gleichen Jahr wegen Mamma-Carcinom die linke Brust in einer auswärtigen Klinik amputiert. Die Patientin fühlte sich in den kommenden 6 Jahren wohl, hatte über keinen Gewichtsverlust zu klagen.

1929 wurde sie wegen Wundseins an der Operationsnarbe von einem praktischen Arzt in die hiesige Klinik überwiesen.

Befund: „Ueber der ganzen linken Brustseite bis zur Axilla links, sowie bis rechts unter der rechten Brust, dann aufwärts bis zum Jugulum pflaumengroße, teilweise nässende, ulcerierte, die Umgebung straff einziehende, Tumorknoten". Von einer Excision zwecks histologischer Untersuchung wurde in diesem Fall Abstand genommen, weil durch diesen Eingriff die Gefahr einer erneuten plötzlichen Streuung sehr groß erschien. Zudem sprach der klinische Befund eindeutig für Carcinom und die histologische Untersuchung bei der ersten Mamma-Amputation in der auswärtigen Klinik hatte auch zuverlässig Carcinom ergeben.

Patientin erhielt eine Röntgentiefenbestrahlung, supra-infraclaviculär und axillär. Die Exulcerationen trockneten anfänglich ab. Das Gewicht hielt sich noch bis zum Ausgang des Jahres. Dann aber verschlechterte sich das Allgemeinbefinden erheblich und es traten erneut Ulcerationen auf. Patientin lehnte eine zweite Klinikaufnahme ab und verschied einige Monate später.

Noch einen vierten Fall von Spätmetastasierung beim Mamma-Carcinom zeigt die Krankengeschichte der Patientin R. L.

Nr. 22. Ca. 34/45.

Die 53jährige Patientin suchte 1929 die Stoeckelsche Klinik auf, weil sie seit einiger Zeit über Schmerzen im linken Unterbauch, Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme klagte. Bei der gynäkologischen Untersuchung fand man links neben dem Uterus einen mannsfaustgroßen Tumor, der als Ovarialcarcinom angesprochen wurde. Bei der Aufnahme der Patientin wurde bekannt, daß ihre rechte Mamma 1918 wegen carcinomatöser Entartung amputiert worden war. 10 Jahre später, 1928, wurde die linke Mamma aus demselben Grunde entfernt. Nähere Angaben weist die Krankengeschichte nicht auf, sie sind auch jetzt nicht mehr zu erheben, weil die Patientin außerhalb operiert und zu Beginn des Jahres 1930 verschieden ist.

Epikrise: Es ist ratsam, die 4 bisher angeführten Fälle gemeinsam zu betrachten, denn sie haben alle dieselbe Art von Primärtumor: Mamma-Carcinom. Die Spätmetastasierung nach vorangegangenem Mamma-Carcinom ist wohl die bekannteste. Payr erklärte auf dem 61. Chirurgen-Kongreß, „daß Rezidive beim Mamma-Carcinom nach 6 und 7 Jahren völlig geläufig wären, ja sogar nach 16 Jahren sollen solche zu verzeichnen sein". Meist ist der Sitz der Metastasen und der Rezidive das Knochensystem. Unter unseren 4 Fällen trifft das nur einmal zu. Auffällig aber ist, daß 2 Patientinnen neben ihrem lokalen Rezidiv einen Ovarialtumor, der als Ovarial-Carcinom angesprochen worden ist, aufweisen. Aschoff betont, daß es gerade beim Brustdrüsen-Carcinom zu einer carcinomatösen Infiltration der Ovarien kommen kann, meist doppelseitig. Er erklärt weiter, daß der Primärtumor oft relativ klein ist, dagegen die metastatische Ovarialgeschwulst erhebliche Größe annehmen kann, derartig, daß sie oft zu diagnostischen Irrtümern führt. Für die Entstehung gibt Aschoff folgende Erklärung: „Krebszellen wandern entweder hämatogen oder durch die Peritonealhöhle in das Keimepithel und von dort in das Ovarialstroma". Natürlich können diese Ovarialtumoren auch bösartige Neubildungen sein, die in keinem Zusammenhang mit dem Mamma-Carcinom stehen. Eine histologische Untersuchung hat leider in beiden Fällen bei den Ovarialtumoren nicht stattgefunden. Auch die Literatur berichtet gelegentlich von der Kombination von Mamma- und Ovarial-Carcinom. Bei einem Fall, der 1933 auf dem „Internationalen Kongreß

zum Kampf gegen den Krebs" in Madrid von Gisbert vorgestellt wurde, war es möglich, alle 4 carcinomatösen Infiltrationen (beide Mammae und beide Ovarien waren befallen) histologisch zu untersuchen. Die Untersuchung ergab viermal dasselbe Resultat: Epitheliom von glandulärem Typ.

Sehr bemerkenswert ist Fall 20 inbezug auf Therapie und Verlauf des Rezidivs. Das Rezidiv befand sich in den Hilusdrüsen und ist nach Röntgenbestrahlung völlig zurückgegangen, man kann sogar von einer Dauerheilung sprechen, da wiederum 6 Jahre vergangen sind, in denen die Patientin rezidivfrei war. Auf Grund der Niederlegung in der Literatur denkt man über die Röntgentherapie beim Lungencarcinom sehr pessimistisch. Teleman erklärte auf der Verbandstagung der Röntgenologen (1928), „daß die Bestrahlung so ungünstig ist, daß es sich kaum der Mühe lohnt, sie überhaupt vorzunehmen". Nicht viel anders äußert sich Franke: „Die Kranken gehen nach vorübergehender Besserung in einigen Monaten zugrunde". An der Richtigkeit der Diagnose: „Tumormetastasen in beiden Hilusdrüsen" muß man demzufolge berechtigte Zweifel hegen. Wir haben den Fall aber angeführt, weil das klinische Bild und die Röntgenaufnahmen durchaus in diesem Sinne sprachen.

Besprechung der Ergebnisse.

Um sich ein richtiges Bild von der Häufigkeit der Spätrezidive zu machen, muß man die Zahl 22 der oben angeführten Fälle in Prozent umrechnen. Es muß aber dazu bemerkt werden,, daß die Primärbehandlung bei mehreren Fällen nicht in der Stoeckelschen Klinik stattgefunden hat. Die Prozentzahl gibt demnach die Zahl der Spätrezidive an, die sich unter den gesamten Carcinomfällen befanden, die an der Klinik unter der Leitung von Geheimrat Stoeckel, von 1926–1936, zur Behandlung gekommen sind.

Die Gesamtzahl der Carcinomfälle beträgt 3400. Auf die einzelnen Jahre und Arten wird sie folgendermaßen verteilt:

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932
Vulva	7	6	4	5	6	10	10
Vagina	6	14	14	8	9	21	13
Collum	144	144	197	225	272	228	225
Corpus	25	20	23	30	44	32	46
Ovarial	17	17	20	20	26	31	23
Mamma	6	1	5	4	12	11	28
	205	202	263	292	369	333	345

	1933	1934	1935	1936	Gesamt
Vulva	7	6	7	9	77
Vagina	13	5	8	10	122
Collum	206	217	249	239	2377
Corpus	33	38	37	39	369
Ovarial	31	27	31	29	287
Mamma	27	27	31	18	170
	317	320	363	344	3400

Das ergibt zusammen 77 Vulva-, 122 Vagina-, 2377 Collum-, 369 Corpus-, 287 Ovarial- und endlich 170 Mamma-Carcinome. Die geringe Zahl der Brustdrüsenkrebse entspricht nicht der Häufigkeit dieses Carcinoms im allgemeinen und ist wohl dadurch zu erklären, daß die Frauen mit Brustdrüsenerkrankungen außerdem auch die chirurgische Klinik aufsuchen. Am stärksten vertreten ist das Collum-Carcinom. Es beträgt reichlich 69 % der Gesamtzahl, während die Zahl der Collum-Spätrezidive nur 45 % (10 von 22) beträgt. Das bestätigt die allgemein in der Literatur vertretene Ansicht, daß die Metastasierungs- und Rezidivierungs-Tendenz der Collum-Carcinome sehr stark ist. Aus den in der Collum-Carcinom-Gruppe angegebenen Gründen, kommt es eben fast immer vor Ablauf der 5-Jahresgrenze zur Rezidivbildung. Es gibt Autoren, wie z. B. E. Philipp, die meinen, daß das Schicksal der Frauen mit behandeltem Collum-Carcinom schon nach 3 Jahren entschieden ist (vgl. meine früheren Ausführungen). Aehnlich liegen die Verhältnisse beim Vulva-Carcinom. Es ist deshalb nicht verwunderlich, daß von diesem selten auftretenden Carcinom sich unter unserem Material keine Spätrezidive finden.

Die Zahl der Corpus- und Ovarial-Krebse ist ungefähr gleich, dasselbe trifft auch bei den Spätrezidiven zu. Die

Häufigkeit der Spätrezidive auf die Gesamtzahl der Carcinome berechnet, ergibt 0,65 % (22 auf 3400).

Bei Betrachtung des Alters der Patientinnen ergibt sich, daß 14 weit über 50 Jahre alt sind, das sind etwa $^2/_3$ der Gesamtzahl. Nur 3 sind jüngeren Alters (32 Jahre). Dieses Verhältnis entspricht nicht dem Gesamtverhältnis der Carcinome, spricht aber für die Ansicht und die Erfahrung vieler Autoren, z. B. auch Frommolt, daß die Prognose bei Jugendlichen deutlich ungünstiger und die Wachstumstendenz größer als im Alter ist. Auch die Länge der rezidivfreien Spanne ist dafür beweisend. Die längsten Intervalle von 12, 10 und 9 Jahren sind nur bei den älteren Patientinnen zu finden.

Die häufigsten Intervalle sind 6 und 7 Jahre, wovon die ersteren 9mal, die letzteren 6mal vertreten sind. Dies wäre also eine Bestätigung für Payr, der auf dem Chirurgenkongreß 1936 erklärte, daß nach seiner Ansicht die meisten Spätrezidive 6 und 7 Jahre nach der Operation auftreten. Was nun die Behandlung der Spätrezidive betrifft, so sind nur 2 von den 22 Fällen operiert worden, 6 haben Radium erhalten und der Rest ist nur röntgenbestrahlt worden. Daß von der Operation, für die Caffier und andere Autoren sprechen, nicht mehr Gebrauch gemacht worden ist, liegt bei einigen Patientinnen an dem schlechten Allgemeinzustand, bei anderen an der Lokalisation der Rezidive. Die Beurteilung des Erfolges der Rezidivbehandlung ist sehr schwierig wegen der Kürze der Zeit. 3 Fälle haben sich in Zeiträumen von 9, 7, und 6 Jahren wieder rezidivfrei verhalten, bei den übrigen rezidivfreien Patientinnen sind aber erst 2 oder 3 Jahre seit der erneuten Behandlung vergangen. 10 Patientinnen, also beinahe 50 %, sind kurz nach dem Auftreten des Rezidivs verstorben, Todesursache war bei allen Krebskachexie.

Man kann diese Arbeit nicht abschließen, ohne sich zu fragen, ob diese 22 angeführten Fälle nun auch wirklich Spätrezidive oder aber neuauftretende Carcinome waren. Einer Klärung dieser Frage könnte man etwas näher kommen, wenn man bei jedem Fall die Billrothschen Forderungen prüfen könnte. Diese verlangen, daß doppelte Neubildungen

1. verschiedene histologische Struktur haben,
2. daß jedes Carcinom histologisch vom Epithel des Mutterbodens abgeleitet werden kann,
3. daß jedes Carcinom seine eigenen Metastasen hat.

Die beiden ersten Punkte verlangen also einen Vergleich des histologischen Charakters der früheren und der jetzigen Geschwulst. Die histologische Untersuchung der Primärgeschwulst hat in allen Fällen stattgefunden, des Rezidivs leider nur wenig.

Zum Teil lag das an der Lokalisation des Rezidivs. Bei anderen Fällen fürchtete man durch eine Excision einen starken Ausbreitungsreiz zu setzen.

Die Billrothschen Forderungen sind also bei den angeführten 22 Fällen nicht zu prüfen. Wenn aber ihre morphologische Differenzierung, d. h. die der Primärgeschwulst und der Sekundärgeschwulst vorhanden wäre, müßte man die Fälle doch als Spätrezidive bezeichnen, denn kein Mal ist die dritte Forderung erfüllt, die besagt, daß die erste und zweite Geschwulst ihre eigenen Metastasen haben müssen.

Auch die verschiedenen Theorien der Geschwulstentstehung, die heute noch sehr uneinheitlich sind, haben sich mit der Frage des Spätrezidivs beschäftigt und versuchen eine Erklärung zu geben.

Der deutsche Meister der Zellenlehre, Theodor Boveri stellte die These auf: der Krebs verdankt seine Entstehung einer somatischen Mutation d. h. die krebsstiftende Mutation findet nicht im Keimplasma, sondern in einer Körperzelle statt. Bauer sieht nun in der Rezidivbildung die natürliche Konsequenz der Mutationstheorie. Bleiben bei der Operation Zellen mit verändertem Genbestand zurück, so können diese gar nicht anders, als sich nach den Gesetzen der veränderten Chromosomensubstanz entwickeln, da ja die zurückgebliebenen Zellen im Gegensatz zur bloßen Zellmodifikation immer wieder nur Zellen der gleichen Art und der gleichen Funktion hervorbringen können. Mayer erläutert dazu, daß das späte Auftreten dieser zurückgebliebenen Keime nur vorgetäuscht wird durch ein besonders langsames Wachstum, dessen Dauer oft viele Jahre be-

tragen kann. Er weist zugleich auf eigene und auf Beobachtungen anderer Autoren hin.

Das Vorkommen von Spätrezidiven wird, wie ich schon zu Anfang sagte, in der Literatur allgemein anerkannt, aber als sehr selten bezeichnet. Unsere Prozentzahl von 0,65 ist für diese Ansicht ein Beweis und sie ist weiter ein Beweis für die Richtigkeit der Fünf-Jahresgrenze zur Beurteilung der Heilung eines Carcinoms.

Zusammenfassung.

Berichtet wird über die Häufigkeit der Spätrezidive. Unter den Carcinomfällen, die in der Stoeckelschen Klinik zur Diagnosestellung, Behandlung oder Nachbehandlung in der Zeit von 1926—1936 vorgestellt worden sind, — im ganzen 3400 Fälle — fanden sich 22 Spätrezidive.

Nach ihrer Primärgeschwulst geordnet, wird bei den einzelnen Spätrezidiven über die Größe ihrer rezidivfreien Zeit, über ihre Lokalisation, über ihre Behandlung, wie auch über die Primärgeschwulst berichtet.

Zum Schluß der Arbeit wird durch den zahlenmäßigen Vergleich der gesamten Carcinomfälle mit den Spätrezidiven (0,65 %) ein Beweis für die Richtigkeit der Fünfjahresgrenze zur Beurteilung der Heilung gebracht.

Herrn Geheimrat Professor Dr. Stoeckel danke ich für die Ueberlassung des Krankengutes, Herrn Professor Dr. Caffier für die Stellung des Themas und seine freundliche Beratung bei der Arbeit.

Literaturverzeichnis.

Aschoff: Pathologische Anatomie (weibliche Carcinoma).
Bauer: Strahlentherapie 1931, 939.
Borst: Münch. med. Wochenschrift 1931, 1745.
Boveri: Deutsche med. Wochenschrift Jg. 61, Nr. 45.
Blau, Zentralbl. f. Gynäkologie 1906, Bd. 10.
Caffier: Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1933, Bd. 105,
Doederlein: Zentralbl. f. Gyn. 1932, Nr. 7. 421.
Franke: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. 39.
Fritsch: Handbuch Veit-Stoeckel, Resultate d. Ther.
v. Franqué: Stoeckelsches Handb. d. Gyn. Bd. 6.
Frommolt: Zentralbl. f. Gyn. 1934, 2051—55.
Fraenkel: Wiener klin. Wochschr. 1923.
Henkel: Handbuch Veit-Stoeckel, Resultate d. Therapie.
Kamniker: Zentralbl. f. Gyn. 1929, 2807.
— Archiv d. Gynäkologie 1932, 148.
Mayer: Zeitschr. f. Krebsforsch. 1911, Bd. X.
Payr: LXI. Tagung der Chirurgischen Ges. Zentralbl. f. Gyn. 1936, Heft 23.
Pawlik: Handbuch Veit-Stoeckel, Res. d. Ther.
Penkert: Zentralbl. f. Gyn. 1924, 538.
Philipp: Zentralbl. f. Gyn. 1932, 931.
Stoeckel: Therapie der Gegenwart. Bekämpfung des Uterus-Ca.
Telemann: Fortschr. d. Röntgenol. Verbandstg. 26. X. 1928,
Weibel: Zentralbl. f. Gyn. 1913.
Winter: Handbuch Veit-Stoeckel, Res. d. Therapie.

Lebenslauf.

Am 20. Juni 1908 wurde ich zu Deutsch-Wilmersdorf geboren. — Nachdem ich 4 Jahre das Städtische Lyzeum in Wilmersdorf besucht hatte, wurde ich in das Franziskus-Oberlyzeum umgeschult, in dem ich im Februar 1929 die Reifeprüfung ablegte.

Ich begann mein medizinisches Studium im Sommer-Semester 1929 in Innsbruck, ging dann im Sommer 1930 nach Bonn und im Wintersemester 30/31 nach Berlin, wo ich das Physikum und das Staatsexamen ablegte.

Als Medizinalpraktikantin arbeitete ich auf der Inneren Abteilung des St. Hedwig-Krankenhauses, wo ich auch noch kurze Zeit als Volontärassistentin blieb. Da ich mich besonders für die Kinderheilkunde interessierte, volontierte ich vom Sommer 1936 ab im Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Krankenhaus.